

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00216**

## **vom 31. Januar 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00216)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00216 du 31 janvier 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00216 del 31 gennaio 2025

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 19 89 ,

war seit dem

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1).

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädige nde Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat . Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 3

Wird durch den Unfall ein krank hafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsscha den nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundes gerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) . Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die

Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## **E. 2**

4. Oktober 201

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrem Einspracheentscheid ( Urk. 2) die Einstellung der Leistungen per 2. Januar 2018 damit, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden nicht auf das Ereignis vom 3. September 2017 zurückzuführen seien, zumal sich bildgebend keine morphologisch fassbaren Korrelate einer relevanten ossären Verletzung oder Kontusionsfolgen an Weichteilen ergeben hätten. Selbst der Vertrauensarzt der Krankenkasse habe keine richtungsweisende Verschlimmerung durch das Ereignis vom 3. September 2017 feststellen können und habe befunden, dass die Terminierung der Leistungen zu Recht erfolgt sei, wenn auch seiner Meinung nach etwas zu früh, weshalb die Einsprache der Krankenkasse gutgeheissen und jene der Beschwerdeführerin in dem Sinne teilweise gutgeheissen werde, als dass die Leistungen per 2. Januar 2018 anstatt per 15. Oktober 2017 eingestellt würden (S. 16 Ziff. 2.3.3).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) geltend,

dass sie am 3. September 2017 als Fussgängerin von einem Fahrzeug (PKW) auf der rechten Seite seitlich-frontal angefahren worden sei. Der Unfallhergang sei gemäss Strafbefehl gegen den Unfallverursacher vom 29. April 2019 erstellt. Namentlich sei bei ihr unter anderem eine ventrale Sakrumfraktur rechts ärztlich diagnostiziert worden (S. 4 Rz. 8, S. 11 Rz. 35, S. 13 Rz. 46).

Auf die Einschätzung von Dr. Z. \_\_\_ vom 3. August 2018 könne nicht abgestellt werden. Von Seiten der behandelnden Ärzte sei bestätigt worden, dass auf dem MRI klar eine ventrale Sakrumfraktur rechts ersichtlich sei und eine weitere Unfallkausalität der Verletzungen klar bejaht worden

( S. 11 Rz. 36, S. 12 Rz. 39-42 ). Der Sachverhalt sei nur ungenügend abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin hätte zur Klärung des Sachverhaltes einen Radiologen um eine Einschätzung ersuchen müssen (S. 11 f. Rz. 37-38).

Die jetzigen Beschwerden seien immer noch auf den Unfall vom 3. September 2017 zurückzuführen, weshalb der Zustand, wie er vor dem Unfall bestanden habe, noch nicht erreicht sei. Das Knie sei zwar verbelastet gewesen, jedoch sei sie vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen (S. 13 f. Rz. 48). Der Beschwerdegegnerin sei es nicht gelungen, den Wegfall der Kausalität zu beweisen (S. 14 Rz. 49).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort ( Urk. 9) machte die Beschwerdegegnerin geltend, dass der Status quo vier Monate nach dem Ereignis erreicht gewesen sei, weshalb die Leistungen nur bis 2. Januar 2018 übernommen worden seien (S. 3 Rz. 7). Von den polizeilich einvernommenen Personen habe eine Auskunftsperson angegeben, dass die

Beschwerdeführerin angefahren worden sei, jedoch habe niemand bestätigt, dass sie über die Motorhaube geflogen sei (S. 4 Rz . 10). Es werde bestritten, dass der Strafbefehl vom 29. April 2019 einen geeigneten Beweis für die Darlegung der erlittenen Verletzungen darstelle (S. 4 f. Rz . 11).

Das Bildmaterial sei im Rahmen der Aktenbeurteilung durch den beratenden Arzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vorgelegt worden, welcher eine Fraktur am Iliosakralgelenk ( ISG ) mit Bestimmtheit verneint habe.

Demnach habe es sich bei der nicht dislozierten anterioren Sakrumfraktur rechts im Sinne einer LC1-Fraktur klar um eine Fehldiagnose gehandelt . Der Status quo sine sei spätestens am 2. Januar 2018 erreicht gewesen (S.

8 f. Rz . 20). Den Akten könne klar und unmissverständlich entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin am 3. September 2017 einen Bagatellunfall erlitten habe (S. 10 Rz . 22). Auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte könne nicht abgestellt werden (S. 12 f.

Rz . 26-29, S. 15 Rz . 35). Die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ und dem Vertrauensarzt der Kranken taggeld versicherung , wonach ein Status quo nach wenigen Wochen erreicht gewesen sei, gehe überdies einher

mit der versicherungsmedizinischen Fachliteratur, wonach Kontusionen nach wenigen Wochen abheilen (S. 15 Rz . 34).

#### **E. 2.4**

In ihrer Replik ( Urk. 12) wiederholte die Beschwerdeführerin, dass gestützt auf den Strafbefehl vom 29. April 2019 unbestritten sei, dass sie auf der rechten Seite seitlich-frontal angefahren worden sei und dabei eine nicht dislozierte anteriore laterale Sakrumfraktur rechts sowie eine Kontusion am rechten Knie mit chronischen Kniegelenksschmerzen erlitten habe (S. 3 Rz . 8). Die behandelnden Ärzte hätten klar eine Unfallkausalität der Verletzungen bestätigt . Auch die Becken- Sakrum -Fraktur werde durch diese bestätigt . Die Berichte der behandelnden Ärzte würden sehr wohl begründete Zweifel an der Beurteilung durch

Dr. Z.\_\_\_\_

erwecken . Ihnen komme voller Beweiswert zu (S. 4 Rz .

#### **E. 2.5**

In ihrer Duplik ( Urk. 18) hielt die Beschwerdegegnerin daran fest , dass vier Monate nach dem Ereignis vom 3. September 2017 der Status quo erreicht gewesen sei, weshalb die Leistungen nur bis am 2. Januar 2018 zu übernehmen seien (S. 2 Rz . 3 , S. 4 Rz . 9 ). Ihr sei der Beweis gelungen, dass es sich bei der Sakrumfraktur um eine Fehldiagnose gehandelt habe (S. 2 f. Rz . 4). Auch sei der Strafbefehl vom 29. April 2019 nicht geeignet, das Vorliegen einer Sakrumfraktur

zu belegen (S. 3 Rz . 5). Die Beckenbehandlung habe bei nahezu vollständiger Beschwerdefreiheit im November 2017 abgeschlossen werden können , und die Behandlung der persistierenden Kniebeschwerden sei auf eine vorbestehende degenerative Schädigung zurückzuführen. Die danach erfolgten Behandlungen seien im Zusammenhang mit einer Diskrepanz zwischen subjektiven und objektiven Befunden zu sehen (S.

4 Rz . 7-8). Der versicherungsinternen Aktenbeurteilung durch den beratenden Arzt Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. November 2019 komme in Anwendung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung voller Beweiswert zu (S. 5 f. Rz . 14). Mit der Beurteilung der Radiologiedokumente vom 14. November 2019 durch den Radiologen Dr. B.\_\_\_\_ sei der Sachverhalt entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin eindeutig und klar abgeklärt (S. 6 Rz . 16). 2. 6

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die über den 2. Januar 2018 hinaus von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden aus dem Ereignis vom 3. September 2017 leistungspflichtig ist. 3. 3.1

Gemäss Schadenmeldung UVG vom 4. September 2017 ( Urk. 10/A1 , Urk. 10/A3 ) sei die Beschwerdeführerin am 3. September 2017 um 4.00 Uhr morgens von einem PKW angefahren worden und habe nun Schmerzen am rechten Knie, der rechten Hand, dem Rücken und dem Nacken ( Ziff. 4 und Ziff. 6). Sie habe am rechten Knie und an der Mittelhand sowie am Rücken Quetschungen erlitten ( Ziff. 9). 3.2

Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 4. September 2017 ( Urk. 10/M2) als Diagnosen einen Status nach Anprall-Trauma am 3. September 2017 und eine Kontusion des rechten Kniegelenkes, des rechten Handgelenkes und der Lendenwirbelsäule ( LWS ; S. 1 Mitte). Als Vorerkrankungen

gemäss Patientenangaben

nannten die Ärzte einen Status nach Burssektomie des rechten Knies, einen Rheumatismus sowie eine chronische Nierenbeckenentzündung und eine Beckenleiste rechts. Die Ärzte führten aus, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin sei diese am Vortag von einem Auto mit Schrittgeschwindigkeit angefahren worden. Dabei sei der Anprall am rechten Knie erfolgt und sie sei über die Motorhaube geflogen und habe sich mit der rechten Hand abgestützt. Ein Kopfanprall sei nicht erfolgt (S. 1 Mitte) .

Zum Lokalstatus des rechten Knies führten die Ärzte aus , dass sich eine normale Gelenkbeweglichkeit ohne Rötungen und ohne Schwellung oder Frakturzeichen zeige. Es zeige sich ein Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt (S. 1 unten f.) . Auch der Lokalstatus der rechten Hand sei normal mit normaler Gelenkbeweglichkeit, ohne Rötungen und Schwellungen , und es fänden sich keine Frakturzeichen. Beim Lokalstatus der LWS/O s

sacrum zeige sich ein Druckschmerz lokal paravertebral im Sakralbereich, und es seien keine Rötungen oder Schwellungen sichtbar.

Die Ärzte führten in ihrer Beurteilung aus, dass die aktuellen Beschwerden am ehesten im Rahmen eines stattgehabten Anpralltraumas gesehen würden. Konventionell-radiologisch seien keine knöchernen Läsionen zu sehen gewesen. Der Patientin sei eine Ruhigstellung der rechten Hand in der Handgelenksschiene und im Bereich des rechten Kniegelenkes ein Salbenverband sowie die Analgesie nach Massgabe der Beschwerden empfohlen worden . Vom 4. bis 7. September 2017 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 2 oben ). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie,

Radiologie E.\_\_\_\_ , führte in seinem Bericht vom 6. September 2017 ( Urk. 10/M1) nach durchgeführtem MRI der LWS inklusive ISG und MRI des rechten Knies aus, dass an der

LWS kein Nachweis durchgemachter ossärer Läsionen habe festgestellt werden können. Es fänden sich leichte subchondrale Knochenmarksödeme am ISG beidseits, welche gut vereinbar seien mit einer durchgemachten Kontusion oder einer knöchernen Überlastung der ISG, differenzialdiagnostisch sei eine eigentlich e ISG-Arthritis wenig wahrscheinlich. Das MRI der LWS sei im Übrigen unauffällig, insbesondere ohne Diskushernien und Nervenwurzelkompressionen. Das MRI des rechten Knies zeige Hinweise auf eine leichte Chondropathia patellae Grad I. Ansonsten sei das MRI des rechten Knies normal und ohne ossäre Läsionen oder Meniskusläsionen. 3.4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt

meV, und G.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Klinik für Traumatologie, Universitätsspital H.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 26. September 2017 (Urk. 10/M19) nach Konsultation der Beschwerdeführerin am 20. September 2017

folgende Diagnosen (S. 1): - Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess vom 3. September 2017 - nicht dislozierte anterolaterale Sakrumfraktur rechts - Kontusion Knie rechts bei chronischen Kniegelenksschmerzen vom 3. September 2017 - arthroskopische Resektion Plica

mediopatellaris Dezember 2011 mit intraoperativer Diagnose Chondropathie Grad 1/2 medial und lateral sowie Hoffa Hypertrophie bei Patellaspitzenyndrom und Arthropathie, Erstmanifestation (EM) etwa im Jahr 2008 (dezent Patellalateralisation und schnappendes Knie, Erstdiagnose [ED] im Dezember 2011) - Patellakontusion am 26. Februar 2012 im Rahmen eines PKW-Auffahrunfalles (Dashboard injury) - Chondropathie patellae Grad 1 (MRI 6. September 2017)

Die Ärzte führten aus, dass sich die Beschwerdeführerin gut zwei Wochen nach Unfallereignis mit lumbosakralen Schmerzen sowie Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes vorgestellt habe. Sie habe berichtet, am 3. September 2017 nach der Arbeit von einem anfahrenden Auto angefahren worden zu sein. Seitdem bestünden Schmerzen im lumbosakralen Übergang sowie am rechten Kniegelenk. Das rechte Kniegelenk sei chronisch schmerzgeplagt, und eine arthroskopische Sanierung vor einigen Jahren in Deutschland habe keine Besserung gebracht

(S. 1 unten).

Die Ärzte führten aus, dass das MRI der LWS/Becken vom 6. September 2017 (vgl. vorstehend E. 3.3) eine nicht dislozierte anteriore Sakrumfraktur rechts im Sinne einer LC1-Fraktur zeige. Die Becken - Übersicht ap, Becken Inlet und Outlet vom 20. September 2017 zeige keinen Hinweis auf eine frische Fraktur und eine normale Stellung der Hüftgelenke und der ISG. Bei noch deutlich ausgeprägter Schmerzsymptomatik werde zunächst eine konservative Therapie mit hochdosierten Analgetika empfohlen. Begleitend sollte eine physiotherapeutische Übung zur Detonisierung erfolgen (S. 2 Mitte).

Vom 20. September bis 4. Oktober 2017 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 unten). 3.5

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 9. November 2017 (Urk. 10/M8) folgende Diagnosen (S. 1): - Kniekontusion rechts nach Anpralltrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalles am 3. September 2017 - MRI Knie rechts, 6. September 2017:

Retropatellärer Knorpel mit leichten Signalinhomogenitäten ohne Defekte, ansonsten normales MRI des rechten Kniegelenkes - aktuell am 9. November 2017: Bursitis

präpatellaris , Bursitis anserina

rechtes Kniegelenk - Beckenringverletzung Typ LC 1 vom 3. September 2017 mit undislozierter

Sakrumfraktur rechts - chronische Kniegelenksbeschwerden rechts - Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts Dezember 2011 mit Resektion Plica

mediopatellaris bei Chondropathie Grad I/II im medialen und lateralen Kompartiment bei Patellalateralisation und schnappendem Kniegelenk rechts (Deutschland)

Dr. I. \_\_\_ führte aus, dass ihm die Beschwerdeführerin wegen persistierende r

Knieschmerzen rechts, welche seit dem Unfall vom 3. September 2017 akzentuiert seien , zugewiesen worden sei. Sie habe ihm ihre umfangreichen Vorbefunde der Behandlung in Deutschland mitgebracht , wo im Jahr 2011 eine Kniegelenksarthroskopie rechts stattgefunden habe mit seither bestehenden intermittierend auftretenden Kniebeschwerden rechts mit Schmerzen unter Belastung bei längerem Laufen und bei sportlicher Betätigung.

Seit dem Unfall vom 3. September 2017 bestünden ventrale Knieschmerzen präpatellar beziehungsweise medialseitig über dem Pes anserinus (S. 1).

Dr. I. \_\_\_ führte aus, dass das MRI des rechten Knies vom 6. September 2017 Hinweise für eine Chondropathie an der Patella Grad I gezeigt habe. Ansonsten sei das MRI normal gewesen ohne ossäre Läsionen und ohne Meniskusläsionen. Die aktuell geklagten präpatellären Knieschmerzen seien mit einer Bursitis prä-/infrapatellaris vereinbar. Hier bestünden eine Schwellung sowie erhebliche Druckdolenzen . Zusätzlich fänden sich klinische Hinweise auf eine Bursitis anserina . Klinische Hinweise für eine Kniebinnenläsion bestünden heute nicht (S. 2 Mitte). 3. 6

Med. pract . R. J. \_\_\_ , Assistenzärztin, Klinik für Traumatologie, H. \_\_\_ , stellte in ihrem Bericht vom 21. November 2017 ( Urk. 10/M11) folgende Diagnosen (S. 2 Ziff. 4): - verheilende Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess vom 3. September 2017 - Patellaspitzenyndrom rechts nach Kontusion des rechten Knies

vom 3. September 2017 , bei chronischen Kniegelenksschmerzen

Med. pract . J. \_\_\_ führte aus, dass die ärztliche Behandlung der Patientin am 20. September 2017 begonnen habe, als sie sich gut zwei Wochen nach dem Unfallereignis vorgestellt habe (S. 1 Ziff. 1). Sie sei am 3. September 2017 nach der Arbeit von einem anfahrenden Auto angefahren worden. Seither bestünden Schmerzen am lumbosakralen Übergang und am rechten Kniegelenk. Das rechte Kniegelenk sei chronisch schmerzgeplagt. Eine arthroskopische Sanierung sei vor einigen Jahren in Deutschland durchgeführt worden, habe jedoch keine Besserung gebracht (S. 1

Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin sei noch bis zum 24. November 2017 zu 50 % arbeitsunfähig. Ab dem 25. November 2017 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von

100 %

(S. 2 Ziff. 5-7).

Med. pract . J. \_\_\_ hielt fest, dass sie

aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes mit dem Heilungsverlauf bezüglich der Beckenringverletzung zufrieden seien. Bei nahezu vollständiger Beschwerdefreiheit dürfe die Patientin das Becken voll belasten. Bezüglich der persistierenden Knieschmerzen zeige sich zwar eine Besserung der Symptomatik, jedoch noch keine vollständige Beschwerdefreiheit (S. 2 Ziff. 9). Hierfür werde ein Patellaspitzenyndrom als ursächlich angesehen, weshalb Orthesen verordnet worden seien (S. 2 Ziff. 8). Hinsichtlich des Beckens sei die Behandlung abgeschlossen (S. 2 Ziff. 10). 3. 7

Dr. I.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 5. Januar 2018 (Urk. 10/M14) ergänzend zu den in seinem Vorbericht vom 9. November 2017 (vorstehend E. 3. 5) gestellten Diagnosen eine persistierende Bursitis präpatellaris rechts (Urk. 10/M14 S. 1 Ziff. 5, Urk. 10/M13 S. 1 oben).

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin über seit dem Unfallereignis vom 3. September

2017 bestehende ventrale Knieschmerzen präpatellär beziehungsweise medialseitig über dem Pes anserinus klagt (S. 1 Ziff. 2). Es sei unklar, inwiefern vorbestehende Faktoren das geklagte Beschwerdebild seit dem Unfall beeinflusst hätten. Anamnestisch sei die Patientin vor dem Unfall weitestgehend beschwerdefrei gewesen. Die aktuell geklagten Beschwerden seien nach dem Anpralltrauma im Rahmen des Verkehrsunfalles am 3. September 2017 aufgetreten (S. 1 Ziff. 4).

Am 18. Dezember 2017 sei ein Zeugnis für eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 1. November 2017 bis zum 10. Februar 2018 ausgestellt worden. Die Arbeitsunfähigkeit gründe auf der Wirbelsäulenproblematik in Kombination mit den Kniebeschwerden (S. 1 Ziff. 6). Er rechne damit, dass die Arbeitsfähigkeit im Februar 2018 schrittweise weiterhin gesteigert werden könne. Endgültig entschieden werde dies durch die Kollegen der Klinik für Traumatologie am H.\_\_\_\_ (S. 1 Ziff. 7). 3. 8

Dr. F.\_\_\_\_ und med. pract.

K.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 28. Februar 2018 (Urk. 10/M28)

folgende Diagnosen (S. 1 f.): - verheilte Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess vom 3. September 2017 mit ISG-Arthropathie beidseits und Lumbalgie - nicht dislozierte anterolaterale Sakrumfraktur rechts, konservative Therapie (erfolgreiche BV-kontrollierte Infiltration ISG rechts und Medial Branches L4/5, L5/S1 beidseits am 5. Dezember 2017/erfolglose ISG-Infiltration links am 29. Januar 2018) - Patellaspitzenyndrom und Ansatzdendinose der Hamstrings rechts - Kontusion des rechten Knies bei chronischen Kniegelenksschmerzen am

3. September 2017, aktuell chronische Bursitis präpatellaris, therapieresistent - arthroskopische Resektion Plica

mediopatellaris Dezember 2011 mit intraoperativer Diagnose einer Chondropathie Grad 1/2 medial und lateral sowie Hoffa-Hypertrophie bei Patellaspitzenyndrom und Arthropathie, EM etwa 2008 (dezent Patellalateralisation und schnappendes Knie, ED Dezember 2011) - Patellakontusion am 26. Februar 2012 im Rahmen eines PKW-Auffahrunfalles (Dashboard injury) - Chondropathie patellae Grad 1 (MRI 6. September 2017), im kurzfristigen Verlauf erfolglose Kniegelenksinfiltration am 1. Februar 2018 (Dr. I.\_\_\_\_)

Die Ärzte führten nach Konsultation der Beschwerdeführerin am 28. Februar 2018 (S. 1) aus, dass sich weiterhin ein subjektiv protrahierter Verlauf nach oben genannter Beckenringverletzung mit klar als negativ zu beurteilender Infiltration des ISG zeige. Die PET/MR Diagnostik (vgl. Urk. 10/M23)

könne eine aktivierte ISG-Arthritis oder eine noch persistierende Beckenringfraktur ausschließen. Es bestehe somit kein nachweisbar pathologischer Befund bei verheilter Fraktur im Bereich des Beckenrings, womit die Behandlung in ihrer Klinik abgeschlossen werden könne. Da eine Diskrepanz zwischen subjektiven und objektiven Befunden bestehe, sei zu einer vertrauensärztlichen Beurteilung zu raten. Die berufliche Tätigkeit könne in ihren Augen sofort wieder zu 100 % fortgeführt werden. Es bestünden aus unfallchirurgischer Sicht keine Einschränkungen, und das Becken sei trainingsstabil. Vom 28. Februar bis 1. März 2018 habe die Arbeitsunfähigkeit 75 % und ab dem 2. März 2018 0 % betragen (S. 2 unten). 3. 9

Dr. I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom

5. März 2018 (Urk. 10/M26) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Kniekontusion rechts nach Anpralltrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalles am 3. September 2017 - MRI Knie rechts vom 6. September 2017: Retropatellärer Knorpel mit leichten Signalinhomogenitäten ohne Defekte, ansonsten normales MRI des rechten Kniegelenkes - MRI Knie rechts vom 30. Januar 2018: Leichte Insertionstendinopathie der Patellarsehne an der Tuberositas tibiae mit begleitender Bursitis infrapatellaris, retropatelläre Chondropathie Grad I - Status nach Kniegelenksinfiltration intraartikulär rechts am 1. Februar 2018 mit gutem Ansprechen - Beckenringverletzung Typ LC1 vom 3. September 2017 mit undislozierter

Sakrumfraktur rechts - chronische Kniegelenksbeschwerden rechts - Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts im Dezember 2011 mit Resektion der Plica

mediopatellaris bei Chondropathie Grad I/II im medialen und lateralen Kompartiment bei Patellalateralisation und schnappendem Kniegelenk rechts (Deutschland)

Dr. I. \_\_\_ führte aus, dass die Patientin von der Infiltration des rechten Kniegelenkes recht gut profitiert habe. Es bestünden noch Restbeschwerden im Bereich des Hamstrings, welche mit Physiotherapie angegangen werden sollten. Bei Beschwerdepersistenz im Bereich des hinteren Beckenringes wäre im klinischen Verlauf gegebenenfalls eine erneute Vorstellung in der Wirbelsäulensprechstunde am H. \_\_\_ erforderlich. Bei fehlendem pathomorphologischem Korrelat der geklagten Beschwerden wäre gegebenenfalls auch eine Untersuchung am Schmerzbüro des H. \_\_\_ zu diskutieren. Seit dem 1. November 2017 habe die Arbeitsunfähigkeit 50 % und seit dem 11. Februar 2018 0 % betragen (S.

2). 3. 10

Dr. med. L. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom

2. Mai 2018 (Urk. 10/M34) folgende Diagnosen (S. 2): - lumbosakrales Schmerzsyndrom nach Trauma - minimale Bandscheibenprotrusion L4/5 - chronische Bursitis patellaris des rechten Kniegelenkes - Status nach undislozierter

Sakrumfraktur (2017) - Status nach Kniearthroskopie rechts im Jahr 2011 in Deutschland bei Plicasyndrom - Status nach Patellaspitzensyndrom rechts im Jahr 2008

- Status nach Patella-Kontusion rechts im Jahr 2012 nach PKW-Unfall

Dr. L.\_\_\_\_ führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin am 6. September 2017 bei ihm vorgestellt habe, nachdem sie am 3. September 2017 von einem anfahrenen Auto angefahren worden sei (S. 1). Dr. L.\_\_\_\_ führte aus, dass die Patientin als Unfallfolgen bestehende linksbetonte Beschwerden bei Rotation der LWS und Ruheschmerzen mit Ausstrahlung über den rechten Oberschenkel nenne . Eine CT-gesteuerte ISG-Infiltration am 29. Januar 2018 und im Februar 2018 habe keine Besserung der Beschwerden erbracht. Die Patientin klagt weiterhin über Belastungs-Beschwerden im rechten Kniegelenk. Eine geringe Schmerzbesserung sei durch eine Kortison-Infiltration erfolgt (S. 2 oben).

Die Patientin sei seit dem Unfall vom 3. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Dies aufgrund von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen . Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit wechselndem Sitzen, Gehen, Stehen und Heben und Tragen bis 15 kg sei in ein bis zwei Monaten im Umfang von 100 % möglich (S. 2 unten). 3.1 1

Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie, Oberarzt, Institut für Anästhesiologie, H.\_\_\_\_ , stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2018 ( Urk. 10/ M33 ) nach gleichentags erfolgter Erstkonsultation der Beschwerdeführerin folgende , teils gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - im Rahmen einer Fazettengelenks -, Differenzialdiagnose ( DD ) ISG-Arthropathie bei Diagnose 2 - Status nach Infiltration ISG beidseits und akutenanamnestisch Medial Branches L4/5, L5/S1 beidseits - verheilte Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess vom 3. September 2017 mit ISG-Arthropathie beidseits und Lumbalgie - Patellaspitzensyndrom und Ansatzentzündung der Hamstrings rechts

Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit September 2017 chronische Schmerzen lumbal und an der linken Hüfte nach Beckenringfraktur bestünden. Klinisch zeige sich ein lumbospondylogenes Syndrom, am ehesten ausgehend von den Fazettengelenken (allenfalls auch des ISG, wobei hier wiederholte Infiltrationen negativ gewesen seien), was im Rahmen der veränderten Statik nach Beckenfraktur oder posttraumatischer Fazettengelenksreizung /- arthrose erklärt werden könnte (S. 1 unten) . Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, es sei in erster Linie eine erneute Fazettengelenksdiagnostik mittels Medial Branch Blockaden LWK4/5 und LWK5/SWK1 links im Hinblick auf eine therapeutische Denervation geplant (S. 2) . 3.1 2

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seiner vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 3. August 2018 ( Urk. 10/M38)

zur Frage, welche strukturellen Veränderungen durch den Unfall vom 3. September 2017 entstanden seien , aus, dass sich anamnestisch, klinisch, radiologisch und bildgebend keine morphologisch fassbaren Korrelate einer relevanten ossären Verletzung oder Kontusionsfolgen an Weichteilen

finden .

Zum geschilderten Ereignisablauf, wonach die Beschwerdeführerin am 3. September 2017 einen Anprall an das rechte Kniegelenk durch einen Personewagen erfahren habe und anschliessend angeblich über die Motorhaube des Fahrzeuges geflogen sei und sich dabei mit der rechten Hand abgestützt habe ( vgl. S. 2 Mitte), sei festzuhalten, dass es in keiner Weise nachvollziehbar sei , dass ein Stossstangenanprall der vorgenannten Intensität an der Kniegelenksregion als erster Kontakt mit der Stossstange des Fahrzeuges dort keinerlei

fassbare Spuren hinter lassen und dann beim Kontakt (Neigen über die Motorhaube) dort zu einer ventralen Becken- Sakrum -Fraktur rechts geführt haben könne . Dieser geforderte Ablauf sei erstens nicht plausibel und zudem sei die gestellte Diagnose einer LC1 -Beckenfraktur in der Klassifikation nach Young & Burgess nach seiner Sichtung der MRI- und Röntgenbilder nicht nachvollziehbar. Zudem schwinde die Plausibilität einer Beckenfraktur der jungen Patientin nach einer Latenz

von 24 Stunden und Selbstzuweisung im Notfallspital C.\_\_\_\_ (S. 3 Ziff. 1) .

Von den erhobenen Befunden stünden keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu dem Ereignis (S. 3 Ziff. 2). Die Anamnese des rechten Kniegelenkes der Versicherten sei ausschliesslich und mehrfach durch unfallfremde Vorbefunde gekennzeichnet, welche sich vor dem Ereignis vom 3. September 2017 hätten dokumentieren lassen. Dr. Z.\_\_\_\_ hielt fest, dass , wenn man von einem nicht nachvollziehbaren Kontusionsereignis des Knie gelenkes und der Beckenregion ohne zeitnah diagnostiziertes morphologisch fassbares Korrelat ausginge, von einer subjektiv beziehungsweise anamnestisch dargestellten Kontusionsfolge ohne fassbare Befunde und einem Status quo ante von vier bis sechs Wochen auszugehen sei (S. 3 f. Ziff. 3). Da kein unfallkausal fassbares Korrelat vorliege, sei nicht mit unfallbedingten Spätfolgen zu rechnen (S. 4 Ziff. 4) . 3.1 3

Dr. M.\_\_\_\_

führte in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 ( Urk. 10/M43) aus, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 17. Mai 2018 wegen chronischer Rückenschmerzen, welche seit dem Unfallereignis vom 3. September 2017 bestünden, behandle. Es sei inzwischen gelungen, den Ursprung der Schmerzen auf die Fazettengelenke LWK3/4 und LWK 4/5 links einzugrenzen und diese mit der Radiofrequenz- Denervation vom 5. September 2018 therapeutisch bis heute erfolgreich zu behandeln. Ein isolierter Fazettengelenks -Schmerz, wie er bei der Beschwerdeführerin vorliege, finde sich bei jungen Patienten ohne weitere radiologisch nachgewiesene degenerative Veränderungen der LWS selten bis kaum. Die plausibelste Erklärung für die Beschwerden sei seiner Meinung nach die veränderte Belastung /Statik der unteren LWS infolge Sakrumverletzung , welche zur chronischen Reizung und Überlastung dieser Gelenke geführt habe. Insofern erachte er einen kausalen Zusammenhang der Schmerzen zur Verletzung als gegeben .

Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, dass die versicherungsmedizinische Beurteilung jedoch die Kausalität zum Unfall insgesamt in Zweifel ziehe, wozu er leider keine abschliessende Beurteilung abgeben könne, da ihm weder der Unfallhergang noch die darauffolgenden Abklärungen näher als vom Hörensagen bekannt seien. Die Tatsache, dass am Fahrzeug keine Spuren hinterlassen worden seien, schliesse jedoch eine Verletzung der Patientin nicht aus.

Dr. Z.\_\_\_\_ erkenne keine Fraktur auf den MRI- und Röntgenbildern. Unbestritten bestehe aber eine hyperintense Läsion des Sakrums rechts in der coronaren STIR-Sequenz vom 6. September 2017, wozu ein Facharzt für Radiologie befragt werden sollte. 3.1 4

In seiner

Stellungnahme vom 28. Oktober 2018 ( Urk. 10/M44) führte Dr. L.\_\_\_\_ aus, dass beim ersten MRI der LWS vom 6. September 2017 ein ganz deutlicher Befund vorgelegen habe . In allen Berichten von Fachärzten sowie Spitälern sei die Diagnose einer Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess bestätigt worden. Die

Unfallkausalität bestehe demnach ganz deutlich nach der ersten Untersuchung vom MRI der LWS und der ISG vom 6. September 2017. Auch wiesen die regelmässigen Besuche bei ihm ganz klar ein Korrelat zwischen den genannten Befunden und den Schmerzen am lumbosakralen Bereich rechts aus. 3.15

Vertrauensarzt Dr. A.\_\_\_\_

erstattete am 19. November 2019

seine Stellungnahme (Urk. 10/M46), wobei zur Beurteilung des bildgebenden Materials Dr. B.\_\_\_\_

hinzugezogen wurde (S. 6 unten). Zum bildgebenden Material hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, dass dieses ein minimal ausgedehntes Ödem rechts im kaudalen vorderen ISG zeige. Das als dorsal gelegen bezeichnete Ödem

iliosacral

betreffe die linke Seite. Rechts sei die Corticalis intakt. Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, dass es sich mit Bestimmtheit nicht um eine Fraktur handle. Im Zusammenhang mit einem Trauma könnte man allenfalls von einer leichten ossären Reaktion sprechen. Es gebe auch keine Veränderungen in den umgebenden Weichteilen, die auf eine Traumatisierung hinweisen würden. In diesem Sinne fehlten auch die weiteren Schädigungszeichen am Beckenskelett ventral. Die Veränderungen am ISG könnten allenfalls typisch sein für eine Spondylarthropathie, die mit einem Unfall gar nichts zu tun habe (S. 6 unten, S. 10 Ziff. 1). Bei der von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer nicht dislozierten anterioren Sakrumfraktur rechts im Sinne einer LC1-Fraktur handle es sich klar um eine Fehldiagnose. Der von Dr. M.\_\_\_\_ verwendete Begriff einer hyperintensiven Läsion des Sakrums sei nicht Ausdruck einer Sakrumfraktur, sondern einer minimalen, klinisch fraglich relevanten Veränderung (S. 10 Ziff. 2). Aufgrund des bildgebenden Materials sei nicht von einer frischen Sakrumfraktur rechts vom 3. September 2017 auszugehen (S. 10 Ziff. 3).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, dass die Radiofrequenz-Denervation vom 5. September 2018, mit welcher die Schmerzen im Bereich der Fazettengelenke LWK3/4 und LWK4/5 behandelt worden seien, keinen Eingriff darstelle, welcher aufgrund der erlittenen Unfallverletzungen notwendig geworden sei respektive in kausalem Zusammenhang stehe. Die geklagten Schmerzen im lumbosakralen Bereich stünden heute nicht mehr in einem kausalem Zusammenhang mit den am 3. September 2017 erlittenen Verletzungen. Der Status quo sine sei nach wenigen Wochen, spätestens am 2. Januar 2018, erreicht gewesen (S. 11 Ziff. 4-5). Hinsichtlich der Kniebeschwerden sei die Vorschädigung gut dokumentiert, und die Schmerzen zeigten den Charakter von Chronifizierung und dürften erheblich mit myofaszialen Veränderungen zusammenhängen. Es seien klinisch und bildgebend keine frischen Schädigungszeichen registriert worden. Die geklagten Kniebeschwerden rechts stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 3. September 2017 (S. 11 Ziff. 6).

4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen gestützt auf die Einschätzung ihres Vertrauensarztes Dr. Z.\_\_\_\_ vom 3. August 2018 (vorstehend E. 3.12) ein, wonach bei bildgebend fehlendem morphologisch fassbarem Korrelat einer relevanten ossären Verletzung oder Kontusionsfolgen an Weichteilen von durch den Bagatellunfall vom 3.

September 2017 erlittenen Kontusionsfolgen ohne fassbare Befunde auszugehen sei, welche nach vier bis sechs Wochen als abgeheilt zu betrachten seien. Nach der gegen die Verfügung vom

28. August 2018 (Urk. 10/A31) von Seiten der Krankentaggeldversicherung erhobenen Einsprache (Urk. 10/A66) folgte die Beschwerdegegnerin dieser im angefochtenen Einspracheentscheid dahingehend, als unter Berücksichtigung des Vorzustandes bei der Beschwerdeführerin von einem Abheilen der Kontusionsfolgen nach vier Monaten ausgegangen wurde (vorstehend E. 2.1). Diese Ansicht bestätigte die Beschwerdegegnerin erneut in ihrer Beschwerdeantwort und Duplik nach ergänzend eingeholter Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ und insbesondere der bildgebenden Unterlagen durch Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.15; vorstehend E. 2.3 und E. 2.5).

Dagegen machte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die behandelnden Ärzte geltend, durch den Unfall vom 3. September 2017 entsprechende Verletzungen, insbesondere eine Sakrumfraktur, erlitten zu haben und dass auf die Beurteilung durch

Dr. Z.\_\_\_\_, Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_

nicht abgestellt werden könne. Überdies seien sowohl der Sachverhalt als auch die durch das Unfallereignis erlittenen Verletzungen durch den Strafbefehl der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 29. April 2019 (Urk. 13/3) erstellt (vorstehend E. 2.2 und E. 2.4).

Letztlich brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 15. November 2024 vor, dass es das Kantonsgericht von Graubünden, I. Strafkammer, in seinem Urteil vom 1. März 2023 als erstellt betrachtet habe, dass sie anlässlich des Unfallereignisses eine nicht dislozierte anterolaterale Sakrumfraktur sowie eine Kontusion am rechten Knie davongetragen habe (Urk. 47 S. 2 Rz. 3). 4. 2

Nach ständiger Praxis ist das Sozialversicherungsgericht weder hinsichtlich der Angabe der verletzten Vorschriften noch hinsichtlich der Beurteilung des Verschuldens an die Feststellung und Würdigung des Strafgerichts gebunden. Es weicht aber von den tatsächlichen Feststellungen des Strafgerichts nur ab, wenn der im Strafverfahren ermittelte Tatbestand und dessen rechtliche Subsumtion nicht zu überzeugen vermögen oder auf Grundsätzen beruhen, die zwar im Strafrecht gelten, im Sozialversicherungsrecht jedoch unerheblich sind (BGE 143 V 393 E. 7.2, 125 V 237 E. 6a, je m.w.H.).

Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten (vorstehend E. 2.3 und E. 2.5, Urk. 44 S. 2 Ziff. 2, S. 3 Ziff. 4, S. 4 Ziff. 5), dass entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2, Urk. 47 S. 2 Rz. 3), weder aus den Ausführungen im Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden, I. Strafkammer, vom 1. März 2023 (Urk. 40 S. 13 f. Ziff. 4.3.1 unten)

noch aus dem Strafbefehl

der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 29. April 2019 (Urk. 13/3) auf das tatsächliche Bestehen der Verletzungen geschlossen werden kann, zumal sich das Gericht und auch die Staatsanwaltschaft lediglich auf eine unvollständige medizinische Aktenlage stützte, ohne dass Bezug auf das Verfahren mit der Unfallversicherung respektive die dort gewonnenen Erkenntnisse genommen worden ist (vgl. Urk. 40 S. 8 Ziff. 3.2). Dass es im Rahmen der strafrechtlichen Untersuchungen zu weiteren, eingehenderen medizinischen Untersuchungen gekommen wäre, ist nicht ersichtlich. Zudem wurde der Beschuldigte vom Vorwurf der mehrfachen fahrlässigen Körperverletzung gemäss Anklagesachverhalt

freigesprochen und die Zivilklage der Versicherten mangels eines hinsichtlich Schadenersatz- und Genugtuungsansprüchen erstellten Sachverhalts auf den Zivilweg verwiesen ( Urk. 40 S. 30 Ziff. 3 und 5). Damit besteht kein im Strafverfahren hinreichend ermittelter Tatbestand, auf den im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren abgestellt werden könnte oder müsste. 4. 3

Was den Unfallhergang vom 3. September 2017 anbelangt, befand Dr. Z.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. August 2018 (vorstehend E. 3.1 2 ) den von der Beschwerdeführerin anlässlich der Erstkonsultation im Spital C.\_\_\_\_ am 4. September 2017

geschilderten Ablauf, wonach der Anprall des Autos am rechten Knie erfolgt und sie über die Motorhaube geflogen sei und sich danach mit der rechten Hand abgestützt habe (vorstehend E. 3.2 , vgl. Urk. 10/M5 Ziff. 2 ) ,

für nicht plausibel .

An dieser Version des Unfallherganges hielt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde denn auch nicht fest und verwies nebst den Ausführungen im Strafbefehl vom 29. April 2019 , wonach der Unfallfahrer nach einem Knall im hinteren Teil des Wagens seinen Kopf nach hinten gedreht habe und dabei von der Bremse gerutscht und der Wagen mit dem Automatikgetriebe nach vorne gerollt sei , wodurch unter anderem sie, die Beschwerdeführerin , auf der rechten Seite seitlich frontal angefahren worden sei ( Urk. 13/3 S. 2 f. ) , auf ihre Ausführungen anlässlich einer nicht bei den Akten liegenden Konfrontations-Einvernahme bei der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 12. Dezember 2018. Dort habe sie angegeben, von einem anfahrenden Fahrzeug von rechts seitlich touchiert worden zu sein. Sie habe sich noch auf den Beinen halten können und sich auf dem Auto abgestützt. Danach sei das Fahrzeug erneut angefahren und sie sei seitlich neben das Auto gefallen ( Urk. 1 Rz . 31).

Letztlich blieben die Aussagen der Beschwerdeführerin zum Unfallhergang, wie auch im beigezogenen Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden, I. Strafkammer, vom 1. März 2023 ( Urk. 40) festgehalten wurde, uneinheitlich , zumal die Beschwerdeführerin als Privatklägerin in der Berufungsverhandlung nochmals eine andere Version des Unfallherganges schilderte (vgl. Urk. 40 S. 12 f.

Ziff. 4.2.5 , S. 14 Ziff. 4.3.2, S. 18 Ziff. 4.3.8) .

Vor dem Hintergrund der Hergangsschilderung

der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (vorstehend E. 2.2) und mit Blick auf die Ausführungen im Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden, I. Strafkammer, vom 1. März 2023 ( Urk. 40 S. 18 Ziff. 4.3.8 ) ist zusammenfassend mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin von einem anrollenden Fahrzeug am rechten Bein frontal seitlich touchiert wurde und in der Folge beim erneuten Anfahren des Fahrzeuges auf die Seite gefallen ist , da sie sich am Fahrzeug abgestützt hatte . Es hat sich damit , wie Dr. Z.\_\_\_\_ ausführte (vorstehend E. 3.12) , um einen im Bereich der Bagatellunfälle einzustufenden Unfallhergang gehandelt. 4. 4

Dr. Z.\_\_\_\_ verneinte in seiner Stellungnahme vom 3. August 2018 (vorstehend E. 3.1 2 ) das Vorliegen eines zeitnah diagnostizierten unfallkausalen Korrelates. Er konnte namentlich die von Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. September 2017 diagnostizierte Beckenfraktur LC1 nach Young & Burgess (vorstehend E. 3.4) nicht bestätigen , und die Beschwerden am rechten Knie mass er den unfall fremden Vorbefunden zu. Dieser Ansicht

ist aus den nachfolgend dargelegten Gründen beizupflichten.

So werden die Ausführungen von Vertrauensarzt Dr. Z.\_\_\_\_ vorliegend insbe sondere durch den Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_

vom

4. September 2017 (vorstehend E. 3.2) bestätigt , indem die Ärzte

keinerlei Kontusionsmarken weder am rechten Knie noch am Becken oder am rechten Handgelenk feststellen konnten , welche jedoch bei einem relevanten Anprall trauma durch einen Personenwagen am menschlichen Körper ohne weiteres zu erwarten gewesen wären .

Auch die bildgebenden Abklärungen vom rechten Hand- und Kniegelenk sowie der LWS und die am 4. September 2017 durchgeführte Ultraschalluntersuchung des Abdomens ergaben keine unfallbedingten Verletzungen ( Urk. 10/M3-M4 ).

Das Fehlen von äusserlich sichtbaren Kontusionszeichen bestätigten die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ auch in ihrem Arztzeugnis vom 20. September 2017 ( Urk. 10/M5

Ziff. 4 ).

Was die umstrittene von Dr. F.\_\_\_\_ anhand des MRI vom 6. September 2017 in seinem Bericht vom 26. September 2017 (vorstehend E. 3.4) diagnostizierte Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess im Sinne einer nicht dislozierten anterolateralen Sakrumfraktur rechts anbelangt, fällt ins Gewicht, dass der Radiologe Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung des am 6. September 2017 durchgeführten MRI der LWS inklusive ISG keine Frakturen an der LWS oder den ISG feststellen konnte (vorstehend E. 3.3) . Der

nachträglich im Rahmen der Aktenbeurteilung durch Vertrauensarzt Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.15) konsultierte Radiologe Dr. B.\_\_\_\_ ging hinsichtlich der von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnose

nach Vorlage des Bildmaterials

klar

von einer Fehldiagnose

aus . Weiter wies Dr. B.\_\_\_\_ hinsichtlich des Befundes im MRI vom 6. September 2017 darauf hin, dass es sich bei der von Dr. M.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 16. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.13) genannten hyperintensiven Läsion des Sakrums um eine klinisch fraglich relevante Veränderung handle und die Veränderungen am ISG allenfalls typisch sein könnten für eine Spondylarthropathie , die mit einem Unfall gar nichts zu tun habe.

Die von den Radiologen Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ getroffene Feststellung,

wonach keine Fraktur des Sakrums bildgebend dargestellt werden können, vermögen die Aussagen des Hausarztes Dr. L.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.10 und E. 3.14) und des Anästhesisten Dr. M.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.11 und E. 3.13) , auf welche sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde zur Bestätigung einer erlittenen Sakrumfraktur stützt ( Urk. 1 S. 9 f. Rz . 29-30, S. 12 Rz . 41-42, S. 13 f. Rz . 48 ) , nicht in Zweifel zu ziehen.

Entgegen den Ausführungen des Allgemeinmediziners Dr. L.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.14), ist auf dem MRI vom 6. September 2017 die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte Beckenringverletzung Typ LC1 nach Young & Burgess gerade nicht klar ausgewiesen und eine Unfallkausalität lässt sich auch nicht mit der Regelmässigkeit der durch die Beschwerdeführerin in Anspruch genommenen Behandlungen begründen.

Soweit Dr. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 2. Mai 2018 (vorstehend E. 3.10)

der Beschwerdeführerin seit dem geltend gemachten Unfall vom 3. September 2017 nicht hinterfragend und in undifferenzierter Weise eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert, wobei gemäss dem Bericht der Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_, vom 24. Januar 2018 ohnehin fraglich ist, ob sie nicht bereits wieder eine Tätigkeit als Reiseveranstalterin aufgenommen hat (Urk. 10/M24/14-15 S. 2 Mitte), stützt dies die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Der Anästhesist Dr. M.\_\_\_\_ wies in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.13) darauf hin, dass die Frage, welche Verletzungen auf den MRI respektive Röntgenbilder vom 6. September 2017 zu sehen seien, durch Fachärzte für Radiologie zu beantworten sei,

und er mangels hinreichender Informationen keine abschliessende Beurteilung zur Kausalität abgeben wolle.

Vorliegend konnten aber gerade die zur Beurteilung eines MRI fachlich kompetenten Radiologen

Dr. D.\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 6. September 2017 (vorstehend E. 3.3) und der im Bericht vom Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. November 2019 (vorstehend E. 3.15) konsultierte Dr. B.\_\_\_\_ eine solche Fraktur nicht bestätigen.

Auch bei N.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie, O.\_\_\_\_, Frankfurt am Main, welche in ihrem Schreiben vom 26. August 2020 (Urk. 48), eingereicht von der Beschwerdeführerin am 15. November 2024, ausführte, dass im initialen MRT eine sichtbare Fraktur zu sehen sei, handelt es sich nicht um eine Fachärztin für Radiologie.

Letztlich geht auch aus der vom Krankentaggeldversicherer am 18. April 2019 erhobenen Einsprache hervor, dass der dort konsultierte Vertrauensarzt mit der Beschwerdegegnerin darin übereinstimmte, dass durch den Unfall keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen gesetzt worden seien, die Beschwerdeführerin jedoch infolge des Unfalls eine Kontusion am rechten Knie und am Beckenring erlitten habe (Urk. 10/A66 S. 2).

Demnach erweist sich die Feststellung von Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.12), wonach auf dem MRI vom 6. September 2017 keine Frakturzeichen ersichtlich gewesen seien, als korrekt.

Unabhängig

vom tatsächlichen Bestehen einer solchen Fraktur berichtete med. pract. J.\_\_\_\_, Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_,

bereits in ihrem Bericht vom 21. November 2017 (vorstehend E. 3. 6 ) hinsichtlich der Beckenringverletzung von einer nahezu vollständigen Beschwerdefreiheit und schloss die Behandlung vorerst ab . In ihrem Folgebericht vom 7. Februar 2018 sprachen die Ärzte der Klinik für Traumatologie ,

H.\_\_\_\_ , bei erneuter Beschwerdeexazerbation von einem Missverhältnis zwischen objektiven und subjektiven Befunden ( Urk. 10/M24/20-21 S. 2 Mitte) , weshalb weitere bildgebende Abklärungen der LWS und der ISG veranlasst wurden ( Urk. 10/M23) , welche , wie aus dem Bericht der Ärzte der Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_ , vom 28. Februar 2018 (vorstehend E. 3. 8 ) hervor geht, ohne ein die Beschwerden erklärendes Korrelat blieben. Ausgeschlossen wurde insbesondere eine persistierende Beckenringfraktur. Sodann wurde bei festgestellter Diskrepanz zwischen subjektiven und objektiven Befunden zur vertrauensärztlichen Untersuchung geraten. Eine vollständige Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde von den Ärzten bestätigt . 4. 5

Auch was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Kniebeschwerden an belang t , konnte n , wie bereits ausgeführt, von den am 4. September 2017 erstbehandelnden Ärzten

des Spital s

C.\_\_\_\_

keine Kontusionsmarken und namentlich keine Rötungen oder Schwellungen am rechten Knie ausfindig gemacht werden. Klinisch zeigte das Knie überdies eine normale Gelenkbeweg lichkeit (vorstehend E. 3. 2 ) . Die veranlassten Röntgenaufnahmen des rechten Knies waren ohne Hinweis auf traumatische Verletzungen ( Urk. 10/M4), ebenso das am 6. und 21. September 2017 durchgeführte MRI . Zu letzterem führte n die Ärzte der Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_ , wie bereits Dr. D.\_\_\_\_ festgestellt hatte, in ihrem Bericht vom 8. November 2017 aus, dass sich kein Hinweis auf ossäre Läsionen oder Anzeichen für Weichteilverletzungen fänden (vorstehend E. 3.3, Urk. 10/ M10 S. 2 Mitte ) .

Auch das MRI des rechten Knies vom 30. Januar 2018 blieb ohne Hinweis auf unfallbedingte Verletzungen ( Urk. 10/M16 S. 2 , Urk. 10/M22 ) .

Dass die Beschwerdeführerin, wie sie in ihrer Beschwerde (vorstehend E. 2.2) und auch gegenüber Dr. I.\_\_\_\_

geltend machte (vorstehend E. 3. 7 ) , hinsichtlich des rechten Knies vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen sein soll , erweist sich aufgrund der nachfolgenden Ausführungen als wenig überzeugend.

Bereits im Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Spital s

C.\_\_\_\_ wurde auf einen Vorbefund am rechten Knie hingewiesen (vorstehend E. 3.2).

Die Ärzte der Klinik für Traumatologie, H.\_\_\_\_ , hielten in ihrem Bericht vom 26. September 2017

sodann fest , dass das rechte Knie chronisch schmerzgeplagt sei , wobei eine arthroskopische Sanierung vor einigen Jahren in Deutschland keine Verbesserung der Beschwerden gebracht habe ( vorstehend E. 3.4 ). Einen umfangreichen Vorzustand bestätigte auch der die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Kniebeschwerden behandelnde Dr. I.\_\_\_\_ in seinen Bericht en vom 9. November 2017 sowie vom 5. Januar und 5. März 2018 (vorstehend E. 3.

5, E. 3. 7 und E. 3. 9) . Dass die Beschwerdeführerin abgesehen von der am 3. September 2017 erfolgten Kontusion (vorstehend E. 3.2) weitere unfallbedingte Verletzungen am Knie erlitten haben soll, lässt sich den Berichten von Dr. I.\_\_\_\_ ebenfalls nicht entnehmen. 4. 6

Vor dem Hintergrund des als Bagatell-Unfall zu qualifizierenden Unfallherganges, der fehlenden klinischen und bildgebend festgehaltenen

Unfallfolgen hinsichtlich der weiterhin geklagten Beschwerden an Knie und Becken kann ohne weiteres auf die Beurteilungen durch Dr. Z.\_\_\_\_

vom 3. August 2018 (vorstehend E. 3.1 2) und Dr. A.\_\_\_\_ / Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. November 2019 (vorstehend E. 3.15) abgestellt werden, wonach

von einer durch das Unfallereignis erlittenen einfachen Kontusion

des rechten Knies, des Beckens und des Handgelenkes auszugehen ist, welche gemäss allgemeiner Erfahrungsregel innerhalb weniger Monate als folgenlos abgeheilt zu betrachten ist.

Da in Anbetracht der erfolgten umfassenden bildgebenden Abklärungen, dem initialen Fehlen von Kontusionszeichen nach dem geltend gemachten Unfallereignis sowie der sich immer wieder ändernden Angaben der Beschwerdeführerin zum Unfallhergang

davon auszugehen ist, dass ergänzende Beweismassnahmen

im Sinne eines von der Beschwerdeführerin beantragten gerichtlichen Gutachtens (Urk. 1 S. 3

Rz. 7) an diesem Ergebnis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts ändern, besteht für weitere Abklärungen keine Notwendigkeit (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). 4. 7

Aufgrund des Gesagten ist die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 2. Januar 2018, mithin rund vier Monate nach dem Unfallereignis vom 3. September 2017, nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5 .

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Sebastian Lorentz - Rechtsanwältin Marianne I. Sieger, unter Beilage einer Kopie von Urk. 48 - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Grieder-Martens Schucan

## **E. 6**

bei der

Y.\_\_\_\_

angestellt und damit bei der Axa Versicherungen AG (nachfolgend: Axa) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert .

Mit Schadenmeldung vom 4. September 2017 meldete die Y.\_\_\_\_ der Axa , dass die Versicherte bei mittlerweile gekündigtem Arbeitsverhältnis am 3. September 2017 verunfallt sei (Urk. 10/ A1 Ziff. 3-6, Ziff.

## **E. 9**

S. 2) . Am 13. Februar 2020 reichte die Beschwerdeführerin ihre Replik ( Urk. 12) ein , und die Beschwerdegegnerin erstattete am 25. Mai 2020 ihre Duplik ( Urk. 18). Mit Gerichtsverfügung vom 29. Mai 2020 wurde der Prozess bis zur rechtskräftigen Erledigung des Strafverfahrens im Zusammenhang mit dem Strafbefehl der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 29. April 2019 im Prozess Nr.: VV.2018.390/TH mit Strafurteil sistiert ( Urk. 20). Nachdem die Beschwerdeführerin am 5. Juni 2020 , nun vertreten durch Rechtsanwalt Sebastian

Lorentz, gegen die Sistierung des Verfahrens Einwände erhoben hatte ( Urk. 22) , wurde mit Gerichtsverfügung vom 12. Juni 2020 ( Urk. 23) die angeordnete Verfahrenssistierung aufgehoben und das Verfahren fortgesetzt. Innert Frist teilte die Beschwerdeführerin dem Gericht am 25. Juni 2020 mit, dass sie mit einer Sistierung des vorliegenden Verfahrens dennoch einverstanden sei ( Urk. 25). Mit Gerichtsverfügung vom 14. August 2020 ( Urk. 26) wurde das Verfahren erneut bis zur rechtskräftigen Erledigung der genannten Streitsache sistiert.

Am 10. Juli 2024 ( Urk. 39) reichte die Beschwerdeführerin dem Gericht das rechtskräftige Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden, I. Strafkammer, vom 1. März 2023 ( Urk. 40) ein. Mit Gerichtsverfügung vom 18. Juli 2024 ( Urk. 41) wurde die Sistierung des Verfahrens aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin nahm zum Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden, I. Strafkammer, vom 1. März 2023 ( Urk. 40) am 5. September 2024 Stellung ( Urk. 44), und die Beschwerdeführerin äusserte sich mit Eingabe vom 15. November 2024 ( Urk. 47). Mit Gerichtsverfügung vom 19. November 2024 ( Urk. 49) wurden den Parteien die Eingaben der jeweils anderen Partei zur Kenntnis zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 12**

, Rz .

## **E. 16**

, S. 5 f. Rz . 20-22, S. 6 Rz . 27 ). Die nach Erlass des Einspracheentscheides von der Beschwerde gegnerin eingeholte Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ sei lediglich als Parteibehauptung zu qualifizieren , und der Sachverhalt sei zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides nicht liquide gewesen (S. 4 Rz . 17).

Dass der Radiologe Dr. B.\_\_\_\_ die Fragen der Beschwerdegegnerin zusammen mit Dr. A.\_\_\_\_ beurteilt habe , sei dem Beweismittel M46 nicht zu entnehmen, weshalb der Sachverhalt noch immer unklar sei (S. 5 Rz .

### **E. 18**

, S. 7 Rz . 30 ). Auf die Beurteilung durch

Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. November 2019 sei nicht abzustellen, da diese nach Erlass des Einspracheentscheides vom 13. August 2019 eingeholt worden sei (S. 7 Rz . 30).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.